

FACULTÉ DE MEDECINE

Les Furoncles Médio-Faciaux

Complications et Traitement

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Avril 1937

PAR

Jean BALESTIÉ

Né le 4 Septembre 1909, à Vias (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. TERRACOL, Professeur, président.	/
		LAMARQUE, Professeur.	/
		COLL DE CARRERA, agrégé.	/
		ROUX, agrégé.	/
			Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, Rue de Sauvages, 1

1937

LES FURONCLES MEDIO-FACIAUX

COMPLICATIONS ET TRAITEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE

Les Furoncles Médio-Faciaux

Complications et Traitement

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Avril 1937

PAR

Jean BALESTIÉ

Né le 4 Septembre 1909, à Vias (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. TERRACOL, Professeur, président.	/	
		LAMARQUE, Professeur.		
		COLL DE CARRERA, agrégé.		Assesseurs
		ROUX, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

--
1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, ass.
	RIMBAUD
	MASSABUAU
	RICHE
	P. DELMAS
	EUZIERE, doyen
	LEENHARDT
	MARGAROT
	ETIENNE
	JEANBRAU
	LAPEYRE
	VILLARD
	TERRACOL
	CABANNES
	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRER...
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUWEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	P. RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. TERRACOL, Prof. président.	MM. COLL DE CARRERA, Agrégé
LAMARQUE, Professeur.	ROUX, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MON PERE ET A MA MERE

*Humble témoignage de ma
reconnaissance infinie.*

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL

Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie

*Qu'il trouve ici l'expression de
ma gratitude.*

A MON JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE

COLL DE CARRERA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

Données Générales

Sans doute un travail sur les furoncles du territoire de la veine faciale ne peut apporter de grandes nouveautés.

Nous n'avons pas la prétention de bouleverser, en quelques lignes, un coin minime mais bien exploré de la pathologie. Ce qui nous a incité à reprendre cette étude, c'est la contradiction paradoxale entre l'apparente bénignité de la lésion et l'importance des traitements que légitime la menace des complications redoutables.

Enfin, la nécessité de répandre des notions capitales de conduite thérapeutique, surtout dans le milieu médical où, si l'on connaît toute la gravité de la lésion, on la sous-estime toujours et surtout on la maltraite. Or, ces mauvais traitements ne pardonnent pas et notre modeste travail n'a que le but louable de vulgariser *la notion du danger des manœuvres néfastes* et d'éloigner ces heures douloureuses et tragiques emplies d'impuissance au chevet d'un homme jeune, trop souvent d'un étudiant en médecine.

*
**

Le plus souvent, le furoncle de cause externe est provoqué par un microbe vivant en saprophyte banal sur la peau. Une modification d'ordre purement local (micro-

traumatismes, grattages, rhinites, sinusites) lui apporte des conditions de culture favorable. Plus fréquemment, interviennent les régimes mal équilibrés, la mauvaise hygiène, les déficiences organiques, l'insuffisance hépatique, les troubles intestinaux, les modifications des sécrétions glandulaires, provoquées par les règles, les saisons, « le génie épidémique », les émotions, les peines, les soucis.

Peut-être au début, des furoncles peuvent résulter d'une perturbation vaso-motrice, si tant est, toutefois, que toute inflammation, quelle qu'elle soit, ne résulte pas de cette perturbation.

Dans le cas particulier, le germe causal est le même que pour tous les furoncles, c'est le staphylocoque. En général, c'est le staphylocoque doré, hôte fréquent mais non habituel des téguments. Rappelons, à ce propos que les hémocultures souillées donnent naissance à du staphylocoque blanc, hôte habituel des téguments mais dont le pouvoir pathogène est peu prononcé. Si, par les réactions d'agglutination, on a pu différencier plusieurs races de staphylocoques dorés, dans la pratique, on est en droit de considérer qu'il s'agit d'un seul et même germe responsable à la fois dans les furoncles, les anthrax, les ostéomyélites aiguës des adolescents et le phlegmon périnéphrétique.

Mais si la graine est précisée, les causes adjuvantes et favorisantes sont multiples et demeurent encore dans le domaine de l'hypothèse.

Un point est important : les notions étiologiques générales du furoncle permettent d'individualiser deux grands types : le *furoncle accident* chez le sujet sain et le *furoncle maladie* chez le prédisposé ou le taré.

Quant aux raisons qui font qu'un furoncle banal devient anthrax, que le même furoncle guérit sans incidents

en quelques jours ou est à l'origine d'une septico-pyohémie à point de départ trombo-phlébitique, si dans beaucoup de cas on a pu accuser un mauvais état général, il est aussi fréquent de voir survenir ces complications chez des sujets bien portants.

Rappel Anatomique

Deux notions anatomiques sont majeures :

1° La densité du derme immédiatement adhérent aux muscles de la face et l'absence de tissu celluleux sous-cutané.

2° Surtout la proximité de la veine faciale anastomosée à plein canal avec la veine ophtalmique (en général avec la veine ophtalmique supérieure) par l'intermédiaire de la veine angulaire. La veine faciale peut être anastomosée encore avec le réseau ethmoïdo-frontal.

D'autres notions doivent encore être connues :

1° La présence de follicules pileux dans le revêtement cutané de l'orifice narinaire ;

2° Les lymphatiques du territoire sont tributaires des ganglions parotidiens ou sous-maxillaires, puis jugulaires. Ces voies lymphatiques sont rarement intéressées.

Ces données donnent à ces lésions une autonomie certaine.

Anatomie Pathologique

Le furoncle est une *nécrose*, non une suppuration. Cette nécrose atteint le follicule pilo-sébasé, et on peut peut-être l'expliquer par le fait que le germe en cause, le staphylocoque, voit sa virulence exaltée parce qu'il pullule en vase clos.

Ce caractère nécrotique explique qu'il est vain d'inciser. La formation du bourbillon, sinon son élimination est un stade nécessaire dans l'évolution normale du furoncle. Mais il s'agit là de caractères généraux des furoncles.

En ce qui concerne les furoncles de la face, il existe des notions particulières. Sur ces notions, nous insisterons bien qu'elles soient devenues un lieu commun.

1° Ces furoncles ont tendance à se grouper en anthrax ou à essaimer à proximité en raison de la densité du derme et de la motilité musculaire.

2° A cause de la virulence de l'infection *et, dans la très grande majorité des cas, à cause des fautes thérapeutiques*, la thrombo-phlébite de la veine faciale est un accident électif, accident dont on connaît les conséquences dramatiques.

Nous ajouterons que la phlébite de la veine faciale au lieu de progresser vers le tronc thyro-linguo-pharyngo-facial, l'aboutissant anatomique normal, se propage vers la veine ophtalmique par la veine angulaire.

Pour terminer, nous citerons quelques lignes d'un article de DUFOURMENTEL, publié dans le *Concours Médical* (17 septembre 1933). « Il est remarquable que les furoncles et anthrax qui se compliquent gravement se trouvent sur une ligne bien déterminée et que plus ils s'en écartent, moins ils sont à craindre.

Cette ligne s'étend depuis l'angle interne de l'œil jusqu'à la racine et l'aile du nez tout d'abord ; elle descend vers la lèvre inférieure au voisinage de la commissure, puis, de là, vers le pli sous-commissural.

Elle est donc parallèle à la direction générale de la veine faciale.

Ainsi se trouve à peu près éliminée l'extrémité même du nez. Il est exceptionnel qu'un furoncle de cette zone présente le moindre caractère menaçant. »

Autrement dit, et c'est pourquoi nous avons adopté le terme de furoncles médio-faciaux, il existe des secteurs de sécurité et des *secteurs de gravité*.

Les secteurs de gravité, qu'il faut connaître sont :

- la lèvre supérieure,
- le nez et le vestibule narinaire,
- la zone jugale antérieure,
- la moitié interne des sourcils,
- la ligne médiane frontale.

Lorsqu'un furoncle existe dans des zones, tout doit être redouté et une thérapeutique particulière doit être instituée.

Symptomatologie

Nous prendrons comme type le furoncle du tiers moyen de la lèvre supérieure.

La période de *début* est marquée par une sensation de picotements, de purit localisé. Mais bientôt le mal se précise. Le siège de la douleur se localise plus exactement. Ses caractères deviennent plus nets, soit du type « lancinant », soit du type « mordicant ».

Si le malade s'examine dans un miroir, il ne découvre rien ; peut être une légère modification de teinte des téguments, modification si peu étendue qu'il n'y prend pas garde, ou qui n'est retenue que par des sujets avertis.

Mais en quelques heures, — en vingt-quatre heures au maximum —, l'aspect clinique se précise.

La douleur devient continue. C'est une tension brûlante avec des paroxysmes plus ou moins fréquents.

Cette douleur nettement localisée n'irradie pas ou peu vers la racine du nez, vers l'œil ou en bas et en arrière vers l'angle de la mâchoire.

L'examen montre une tache d'un rouge vif, brillante, arrondie, de la dimension d'une lentille. Cette tache est

centrée par un poil et l'orifice du système pileux est surélevé en saillie.

La palpation ne découvre pas d'infiltration. Elle exacerbe tout au plus les douleurs. L'exploration des territoires ganglionnaires correspondants est négative.

A ce moment, il ne peut être encore question de modifications cliniquement perceptibles de l'état général. Mais c'est alors qu'un traitement bien conduit peut provoquer l'avortement du furoncle et lèvera la lourde hypothèse qui pèse sur le pronostic.

A la période de début qui dure de quelques heures à deux jours, succède *la période d'état*. Le furoncle est entièrement constitué avec tous ses caractères. La tableau clinique est typique. La douleur, quoique localisée, est très vive, permanente ou paroxystique ; elle peut être assez importante pour empêcher le sommeil.

A l'examen, la tache rouge acumulée du début est devenue une saillie volumineuse de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, elle est à tronc conique, à sommet arrondi. L'orifice pileux axe toujours le centre. La teinte des téguments est rouge vif avec une petite tache blanc jaunâtre au sommet, sertissant la base du poil. Le furoncle est entouré d'une zone infiltrée d'œdème. Cet œdème peut être assez important et assez étendu pour donner quelquefois à la lèvre un aspect monstrueux. *La palpation douce, discrète, ne doit jamais être traumatisante*. Elle montre à l'évidence que le furoncle est chaud, douloureux, dur, tendu. L'infiltration qui l'entoure devient de moins en moins dure, quand on s'éloigne du centre. Les ganglions jugulaires sont rarement intéressés.

L'état général peut être discrètement altéré. Nous avons vu la possibilité d'insomnie due à la douleur. La prise systématique de la température rectale établit une flèche

évoluant aux environs de 38 degrés, rarement au-dessous. Le pouls est légèrement accéléré, les urines quelquefois hautes en couleur.

A ce moment des recherches sont indispensables, en particulier, *l'examen des urines s'impose d'une façon formelle.*

Il faut sans doute rechercher l'albumine, mais surtout le sucre. On sait en effet à quels accidents redoutables sont exposés les diabétiques à l'occasion du furoncle.

Tel est le furoncle à sa période d'état. Cette période chez un malade non traité dure de deux à cinq jours.

L'élimination du bourbillon et la guérison lui succèdent. En effet, pendant les quelques jours de la période d'état, la tache jaunâtre au sommet du furoncle, s'est nettement individualisée, se soulevant elle-même en pustule. Cette pustule crève spontanément, et il en résulte un orifice donnant issue à un pus crémeux, jaunâtre, bien lié, visqueux.

L'examen bactériologique montre la présence de pyogènes banaux avec forte prédominance marquée de staphylocoques dorés.

Dès l'issue du pus, la sensation de tension s'atténue. Elle ne disparaîtra totalement que lorsque le bourbillon sera éliminé.

Peu à peu en effet, l'orifice minime des premiers jours augmente d'importance. Il devient cratériforme. Les bords se décollent, et son fond montre le bourbillon jaune verdâtre. Ce bourbillon est cohérent. *Il doit s'éliminer spontanément jamais l'expression ne doit être tentée.*

Tout au plus pourra-t-on l'extraire avec une pince fine à bout mousse et seulement quand il se présentera franchement à l'orifice du cratère.

En aucun cas, cette extraction à la pince ne traumatisera le furoncle.

En aucun cas, des tractions importantes ne seront effectuées avec la pince sur le fond du cratère.

En aucun cas, l'usage de la pince ne doit être prématuré. Si non, il faut proscrire formellement cette manœuvre qui peut cependant rendre des services quand elle est judicieusement employée.

Après l'élimination du bourbillon, le furoncle donne quelques temps encore, issue à un pus de plus en plus clair et de moins en moins riche en microbes.

Cependant, c'est à ce moment qu'il faut prendre garde encore aux manœuvres intempestives pour ne pas ensemen-
cer les régions voisines.

Mais bientôt la suppuration se tarit, l'œdème diminue avec la suppuration, mais la cicatrice rouge, punctiforme persistera longtemps. Quant à l'induration persistant quelques semaines, elle disparaît d'autant plus vite que l'état général du malade est meilleur.

LE « FURONCLE MALADIE »

Si tel est rapidement brossé le tableau clinique du furoncle — accident survenant à titre de lésion isolée chez un sujet bien portant, il est indispensable de faire une place à part nettement caractérisée à l'ensemble des faits qui constituent le « furoncle maladie » des auteurs classiques.

Nous avons vu dans l'étiologie qu'on entendait sous le nom de furoncle-maladie un ensemble de furoncles survenant en des points variables, souvent éloignés les uns des autres.

Ces éclosions simultanées ou successives semblent dues à la fois à l'auto-inoculation par le grattage ou des pansements maladroits et surtout à la *diminution de la résistance de l'organisme*. Le furoncle médio-facial n'est qu'un de ces éléments, avec toujours sous-entendue l'autonomie propre de la localisation. Toutefois en considérant les statistiques globales, les complications ne sont pas plus fréquentes dans le « furoncle accident » que dans le « furoncle maladie » mais lorsqu'elles apparaissent, leur gravité est accrue du fait du manque de résistance de l'organisme.

Les Formes Cliniques

Furoncle accident et furoncle maladie sont les deux formes cliniques majeures. Il existe cependant d'autres formes quoique moins fréquentes.

A) *Formes abortives.*

La guérison peut se faire spontanément. D'ailleurs entre la forme abortive franche et la forme normale, tous les intermédiaires peuvent exister, depuis le furoncle dont l'évolution est schématique mais très écourtée, jusqu'au furoncle qui, quoique arrivé à maturation, ne donne pas issue à un bourbillon, se réduit à une induration qui persistera d'autant plus longtemps que l'état général du malade est moins bon.

B) *Formes récidivantes.*

Deux éléments qui paraissent contradictoires, le furoncle qui récidive in situ ou au voisinage expose aux mêmes dangers que le furoncle premier, mais le malade prévenu pourra mettre en œuvre très précocement un traitement souvent efficace.

C) *Forme gangréneuse.*

Dans cette forme, la douleur est souvent très vive, les signes généraux importants ; l'aspect local est celui d'une escarre noirâtre, humide, mais l'évolution est en général brève, sans complications. C'est dans ces cas que la séquelle cicatricielle est la plus apparente. A noter que l'état général du malade, autant que la virulence exaltée des germes, entre en ligne de compte dans la pathogénie de cette gangrène localisée.

D) *Formes suivant la localisation.*

On peut décrire les furoncles de la lèvre supérieure, de la zone supéro-interne de la joue, de l'auvent nasal, endonarinaire. Nous ne ferons que rappeler la phrase déjà citée de DUFOURMENTEL assignant une gravité variable à ces différentes localisations.

E) *Formes suivant le germe.*

On peut décrire les formes cliniques, dues au staphylocoque doré pur, des formes associées dues au staphylocoque blanc ou au streptocoque.

F) *Formes suivant le terrain.*

Parmi celles-ci, si nombreuses, une tient la première place, c'est le furoncle chez le diabétique. Il est en général d'évolution torpide, mais malgré cela, les complications les plus graves, locales et générales, sont toujours à craindre : les suppurations locales, l'anthrax, les septicémies, le coma acidotique.

Les Complications

La complication essentielle, de premier plan, derrière laquelle disparaissent toutes les autres est sans conteste *la thrombo-phlébite du sinus caverneux*. Malgré l'importance primordiale de cette complication, pour la commodité de la description, nous diviserons les complications en complications *locales*, complications *para-locales*, complications *générales* ou *métastatiques*.

La fréquence de ces diverses complications a été très diversement appréciée. Si certaines statistiques atteignent 8 à 10 p. 100, d'autres atteignent 30, 40 et même 50 p. 100. D'ailleurs la notion de fréquence est dépassée par la notion de gravité. Et les statistiques qui fournissent les pourcentages les plus minimes seraient-elles exactes, *on doit toujours n'envisager dans le furoncle médio-facial que la possibilité d'une septicémie catastrophique*.

A) Complications locales.

Dans leur explication, on a mis en avant la virulence du germe et des dispositions anatomiques locales. Sans doute ces facteurs sont défavorables dans de nombreux

cas, mais il nous semble aussi que la part des traumatismes intempestifs est grande.

L'anthrax, peut être considéré à la fois comme une forme clinique et une complication et cela nous fait souligner, une fois de plus, *l'importance néfaste des traumatismes locaux camouflés sous des apparences thérapeutiques*, en particulier *les si fréquentes et si malheureuses tentatives d'expression.*

Les abcès sous-furonculeux ne sont pas une complication précoce du furoncle. Ils se révèlent souvent après l'élimination du bourbillon ; ils se traduisent alors par une reprise des douleurs que l'élimination du bourbillon avait momentanément et rapidement calmée ; localement, on constate que la lésion inflammatoire, au lieu de régresser, reste d'abord stationnaire, puis augmente rapidement. On craint tout d'abord la naissance d'un furoncle voisin, mais bientôt le caractère d'abcès locaux se précise. Il existe une tuméfaction douloureuse, rouge, chaude, tendue. La recherche de la fluctuation est vaine. Elle n'apparaît que tardivement dans les tissus infiltrés ; de plus, cette recherche est très douloureuse. Quand le diagnostic d'abcès sous-furonculeux est établi, le but à atteindre est le drainage de cet abcès. Pour l'obtenir, dans de nombreux cas, la voie externe normale est la seule possible. Mais quand le siège de la lésion s'y prête, (lèvre supérieure, par exemple) le drainage par voie endo-buccale devra être préférée. Il présente divers avantages, dont les deux principaux sont : *la déclivité du drainage, l'absence de cicatrices visibles.*

D'ailleurs ce ne sont pas ces deux seuls avantages qui ont conduit à cet acte thérapeutique, mais plutôt l'évolution spontanée naturelle de cette collection vers la bouche.

Nous venons d'envisager l'abcès sous-furonculeux circonscrit, chez un sujet résistant non taré. Chez les diabé-

tiques méconnus et non traités, cet abcès sous-furonculeux est plus fréquent que chez les autres sujets. Il reste torpide et silencieux malgré ses tendances sphacéliques ; il altère très rapidement l'état général, et peut entraîner le coma et la mort rapide. Dans tous ces cas, une intervention chirurgicale large, *surtout associée à un traitement anti-diabétique* massif, est seul à même d'améliorer un pronostic extrêmement sombre.

La gangrène localisée. De même que l'anthrax, cette complication a été décrite, mais, dans la règle, il s'agit plutôt du furoncle d'emblée gangréneux. Ce caractère semble imputable non pas tant à la qualité des germes, qu'à la structure anatomique. Et cela nous permet de différencier le furoncle dit gangréneux, dont le bourbillon a un aspect noirâtre, sphacélique, de la gangrène complications secondaire des furoncles qui surviennent par surinfection sur les sujets tarés. Cette gangrène secondaire, seule véritable complication, est toujours grave, car elle est un test de déficience organique profonde. Cette gangrène secondaire, est, en général, rapidement extensible. Elle survient électivement chez les alcooliques, les vieillards, les diabétiques.

COMPLICATIONS PARA-LOCALES

La lymphangite

Il peut s'agir soit de lymphangite radiculaire ou tronculaire, soit d'adénopathies. La lymphangite radiculaire ou tronculaire est superficielle. Son point de départ est la lésion en cause et ses trainées se dirigent habituellement, soit vers l'angle de l'œil, soit surtout vers l'angle de la mâchoire. Cette lymphangite est un signe peu grave

par lui-même, mais qui peut l'être du fait des autres complications qu'elle amorce fréquemment. L'apparition d'une lymphangite devra faire redoubler de surveillance et de soins minutieux.

Les adénopathies sont rares dans les furoncles médio-faciaux. Tout examen clinique systématique et complet comporte l'exploration des territoires ganglionnaires. Mais ces territoires sont rarement intéressés.

Ces adénopathies restent en général au stade dit d'engorgement ganglionnaire. Il est rare d'observer une adénite suppurée. Dans ce cas, le siège de cette adénite est souvent rétro-sous-angulo-maxillaire (ganglion de CHASSAIGNAC ou ganglions sous-digastriques). Elle présente tous les caractères classiques : douleur, collection suppurée ganglionnaire tendant à évoluer vers la superficie. Quand l'abcès ganglionnaire est collecté, on ne doit pas attendre sa fistulisation et le traiter comme une suppuration ganglionnaire habituelle. Certains auteurs écrivent que, dans une certaine mesure, cette complication para-locale serait une sorte d'assurance contre les complications générales septicémiques ; elle signifie, en tout cas, que l'organisme lutte.

COMPLICATIONS GÉNÉRALES OU METASTATIQUES

Comme nous l'avons déjà vu, ces complications tirent leur importance non pas tant de leur fréquence, qui est heureusement minime, que de la gravité de leur évolution. La cause déterminante des complications générales est évidemment le germe causal du furoncle, le staphylocoque. Les causes adjuvantes ou favorisantes sont nombreuses, mais imprécises. Il serait pourtant utile de la connaître pour tâcher de prévenir le mal.

Les complications générales peuvent survenir après n'importe quel furoncle, aussi bien à l'occasion d'une lésion peu étendue chez un sujet résistant qu'à l'occasion d'un furoncle à tendance extensive chez un débilité ou un taré. Certains auteurs insistent même sur le fait que les complications graves apparaîtraient plus volontiers chez les malades porteurs d'un furoncle de petites dimensions qui semble bridé dans son extension et dont l'infection se propage à tout l'organisme malgré un état général a priori résistant. Et c'est dans ce cas qu'il faudrait faire intervenir l'hypervirulence du germe qui se développe en vase clos. Il n'en reste pas moins vrai que les complications générales surviendront de préférence et seront plus graves chez un taré, un débilité, un malade à résistance organique très diminuée. Il est évident que ces complications générales seront moins dramatiques chez un adulte sain et antérieurement bien portant que chez le sujet âgé, chez le diabétique, chez l'hépatique ou le convalescent.

A côté de ces causes générales très importantes, nous soulignerons une fois de plus, l'importance non moins grande des *traumatismes répétés*.

Les complications générales ou métastatiques sont au nombre de trois. La thrombo-phlébite du sinus caverneux, la septicémie staphylococcique, le phlegmon périnéphrétique.

1°) *L'atteinte du sinus caverneux* a un début variable. Tantôt lente, insidieuse, mal caractérisée. Tantôt, et c'est la règle, elle a un début inopiné, rapide, brutal, qui modifie extemporanément un pronostic que l'on pouvait espérer favorable.

Localement, la complication est annoncée par des traînées lymphangytiques, d'ailleurs très inconstantes, se dirigeant vers l'angle interne de l'œil. Bien plus souvent un

œdème se dirigeant toujours vers le haut, et répondant au trajet de la veine angulaire. Au milieu de cet œdème blanc et dur, il est fréquent de constater la présence d'un cordon rouge, douloureux, qu'une palpation extrêmement prudente révélera plus dure et plus sensible que la région immédiatement voisine. Il s'agit là de la phlébite initiale, facilement accessible à l'examen, car elle porte sur une veine superficielle.

Ces signes locaux doivent faire redouter les pires catastrophes, s'associent souvent au début à des signes généraux qui bientôt ne laissent plus de place au doute. La température, précédée d'un grand frisson, accompagnée de sueurs profuses et de la modification rapide de l'aspect général du malade, monte en flèche à 40° et plus, le malade est prostré, abattu, son faciès est altéré. La tachycardie est en rapport avec l'ascension thermique.

Rapidement, d'ailleurs, cette période de début est franchie et le malade rentre dans la période d'état. Au tableau clinique classique, il ne manque aucun signe. Anatomiquement, la phlébite de la faciale s'est propagée par l'angulaire et l'ophtalmique au sinus caverneux. Malgré son abattement, sa prostration, son état typhique, le malade accuse une céphalée atroce, qui, avec ses fréquents paroxysmes, ne lui laisse que de courts répis.

Le faciès est caractéristique. L'hémi-face du côté atteint est complètement déformée par l'œdème de la lésion initiale, par l'œdème qui entoure la veine angulaire. L'exophtalmie est nette ; il y a du larmolement, du chémosis, de l'œdème de la paupière supérieure.

La musculature externe de l'œil est intéressée à des degrés différents suivant le cas. Des névralgies dans les territoires du nerf maxillaire supérieur s'ajoutent à la symptomatologie déjà si riche de l'atteinte du sinus caverneux.

Les signes généraux sont extrêmement importants. La température élevée aux environs de 40° est cependant ir-

régulière ; elle peut présenter des accès du type pseudo-palustre correspondant, pour certains, à des décharges microbiennes dans la circulation générale. Les urines sont rares, hautes en couleur, albumineuses. Le malade a l'aspect caractéristique d'un grand infecté.

A ce moment, une hémoculture montre quelquefois du staphylocoque, mais non d'une façon constante.

Malgré les très rares cas de guérison cités et discutables, on doit porter un pronostic fatal, et fatal à brève échéance, et ceci malgré toutes les thérapeutiques.

La mort survient en quelques jours.

Le mécanisme de cette mort est variable. Le malade peut être emporté comme un grand infecté par une syncope cardiaque ou une toxhémie à évolution rapide se traduisant par les signes habituels. Dans d'autres cas, il s'agit de complications encéphalitiques. La ponction lombaire confirme un diagnostic déjà affirmé par la clinique. Elle montre les germes en cause, en général le staphylocoque.

Dans d'autres cas, les signes du début semblent s'atténuer, la fièvre tend à diminuer, l'état général reste stationnaire, on se prend à espérer; mais un *abcès du cerveau* se révèle. La céphalée réapparaît, gravative. La fièvre augmente à nouveau. Des signes de compression intracranienne apparaissent. L'amaigrissement s'accroît.

Cet abcès du cerveau est l'incident terminal. Le malade meurt par méningite purulente ou cachexie à évolution foudroyante.

2°) Les septicémies d'origine furonculaire.

Ces septicémies peuvent être une conséquence de l'atteinte sinusale, comme nous avons vu précédemment. Mais le stade de thrombo-phlébite n'est pas nécessaire pour qu'elles apparaissent. Elle peut se voir isolément et si

elle est possible après n'importe quel furoncle, elle est peu fréquente après les furoncles médio-faciaux.

On a invoqué comme favorisant son apparition, une disposition anatomique particulière ; il nous semble que la virulence exaltée du microbe se développant *en vase clos* et un mauvais état général antérieur sont des raisons plus importantes.

Quand la septicémie apparaît, elle est, en règle, précoce. Elle survient vers le deuxième ou troisième jour de l'évolution et se traduit par une altération rapide et profonde de l'état général. La fièvre est élevée. Tantôt en plateau aux environs de 40°, tantôt en clochers du type pseudo-palustre, tantôt ondulante comme s'il s'agissait d'une mélitococcie. Mais, quelque soit son type, elle existe toujours.

Nous avons déjà vu quelle interprétation, certains auteurs donnent aux accès fébriles. Marchant de pair avec la fièvre, un amaigrissement et une déshydratation prononcée contribuent à donner au malade, comme dans le cas de thrombo-phlébite, un aspect de grand infecté. Le teint est terreux, les yeux excavés, le nez pincé, le pouls rapide, mou, filant, hypotendu. On redoute la septicémie, mais devant la gravité d'un pareil diagnostic, il faudra attendre le résultat de l'hémoculture pour l'affirmer. Seule une hémoculture positive permettra d'asseoir fermement le diagnostic au moment d'un accès fébrile, hémoculture faite avec toutes les conditions d'asepsie habituelle. On la renouvellera jusqu'à ce qu'elle soit franchement, positive. Le germe qui cultive est le streptocoque ou plus habituellement du staphylocoque. Il s'agit là de staphylocoque doré cultivant vite et franchement, bien différent pour un spécialiste exercé des souillures habituelles des hémocultures faites avec négligence et qui sont du staphylocoque blanc, hôte habituel des téguments.

Du moment où le germe a été identifié, on devra porter un pronostic extrêmement grave qui ne sera à peine atténué que par les chances minimales de guérison de ces septicémies.

La mort survient dans l'intoxication, la cachéxie ou du fait d'un abcès métastatique intéressant un viscère noble.

3°) *Abcès métastatiques.*

Il y a deux sortes d'abcès métastatiques. Les abcès métastatiques épi-phénomènes au cours d'une septicopyhémie, les abcès métastatiques isolés qui ont vraiment une autonomie propre en tant que complications. Nous ne reviendrons pas sur l'abcès métastatique épi-phénomène; nous avons vu qu'il constituait un mode de terminaison possible, sinon fréquent de la septicémie; nous avons vu, qu'il pouvait siéger en n'importe quelle région de l'organisme, avec cependant une prédilection marquée pour les grosses masses musculaires.

Il en va différemment pour les abcès métastatiques; si d'une façon absolue, ils succèdent à une septicémie proprement dite, nécessaire pour l'explication de l'existence de ces abcès, cette septicémie est muette quant à la symptomatologie clinique, et c'est le fait d'un hasard, si on a pu quelquefois le déceler. Il s'agit, en tout cas, d'une septicémie transitoire déjà disparue quand la complication fournit ses premiers signes. Souvent même le furoncle, lésion initiale, est déjà cicatrisé; le malade en a presque perdu le souvenir. Seule l'anamnèse permet de préciser une étiologie qui, du premier abord, pourrait paraître obscure.

On a signalé des localisations multiples de ces complications. Dans la pratique, une seule est à retenir : le phlegmon périnéphrétique. La date d'apparition du phlegmon

est des plus variables. En général cependant, elle est tardive. Le début du phlegmon périph rénétique est lent, insidieux, mal caractérisé. Cette période du début est la période des erreurs de diagnostic. Si la notion anamnестique n'est pas franche, comme cela est fréquent, avant de songer au phlegmon périnéphrétique, on pourrait discuter une tuberculose commençante, ou le début d'une maladie infectieuse telle qu'une typhoïde.

Cependant, on sait que devant une température progressivement ascendante, quoique irrégulière, devant un amaigrissement peu rapide mais certain, en un mot devant les signes d'affections mal localisées, on doit penser au phlegmon périnéphrétique. On y pensera d'autant plus volontiers qu'une douleur lombaire unilatérale, spontanément accusée par le malade, une légère contracture des muscles spinaux du côté atteint, orienteront les recherches vers cette lésion. A une période plus avancée, le tableau clinique se complète, les signes généraux sont plus francs, la température peut être hectique, l'amaigrissement net, le faciès altéré, le pouls rapide, les urines rares mais normales. Les signes fonctionnels peuvent être très discrets, bien qu'une douleur sourde, gravative soit fréquente ; mais surtout les signes physiques apparaissent : empatement superficiel de la région lombaire ; la palpation du rein par le procédé de GUYON ou de GLENARD montre la tumeur lombaire diffuse, mal limitée, douloureuse. Quand ces signes sont nets, le diagnostic est fait.

L'aspect clinique des phlegmons périnéphrétiques peut être variable. Tantôt la symptomatologie peut être fruste ; dans d'autres cas, elle est à grand fracas.

Quelques soient ces modalités, le phlegmon périnéphrétique, qui n'est pas une complication propre du furoncle

médio-facial, est toutefois une complication assez fréquente pour que nous ne l'omettions pas.

Sans doute l'apparition du phlegmon périnéphrétique n'est pas une éventualité heureuse dans le furoncle de la face. Mais en égard de la gravité des lésions sinusales ou septicémiques, il s'agit là certainement d'un moindre mal.

Diagnostic

Il se discute dans deux conditions : soit à la période du début, soit au moment des complications. A la période du début, on se demande si la lésion évoluera dans le sens du furoncle anatomiquement bien caractérisé ou dans le sens de la folliculite banale, anatomiquement plus superficielle et étant loin de présenter les mêmes dangers.

Ce diagnostic ne se discutera pas chez un malade habituellement atteint de folliculite de cette région. Le malade lui-même connaît les signes de début précis, et même s'il est averti du furoncle, il ne viendra pas consulter. Chez de tels sujets seule pourrait se discuter une folliculite moins superficielle que les autres, aggravée par des traumatismes, en particulier d'inopportunes tentatives d'expression. Cette folliculite profonde peut prendre l'aspect d'un véritable furoncle ; mais l'évolution montre qu'il s'agit d'un abcès intra-dermique donnant issue à un pus bien lié, et non à une nécrose de l'appareil pilo-sébacé se résorbant en un bourbillon homogène.

D'ailleurs chez ce malade, il semble que les folliculites antérieures aient provoqué sinon des vaccinations locales, du moins une vaccination partielle de l'organisme tout

entier. Les si fréquentes folliculites de la face ne donnent jamais lieu à des complications générales du type thrombo-phlébite ou septicémie. Cela peut s'expliquer aussi par la virulence beaucoup moins considérable du germe qui ne se développe pas en vase clos. Signalons en passant que cette folliculite est, comme le furoncle, justiciable de la même thérapeutique locale.

Rarement à la période de début, il pourrait y avoir hésitation entre le furoncle commençant, une piqure d'insecte ou tout autre traumatisme ayant passé inaperçu.

A la période d'état, quand le furoncle est constitué, le diagnostic est patent, il ne se discute pas, il s'impose. Tout au plus dans les cas limites, pourrait-on envisager la possibilité du rarissime chancre syphilitique de la joue ou de la pustule maligne. Le chancre syphilitique a un aspect particulier ; s'il est inflammatoire il l'est moins que le furoncle ; s'il est ulcéré, il ne s'agit pas d'une ulcération cratériforme dont le fond est occupé par un bourbillon. Enfin, l'adénopathie satellite de la lésion primaire aidera au diagnostic clinique. En tout état de cause, l'examen à l'ultra-microscope révélera le germe en cause

Quant à la pustule maligne, elle est constituée par une lésion centrale escharotique entourée d'une couronne de pustules noirâtres donnant issue à une sanie jaunâtre. Ici, encore dans les cas difficiles le laboratoire tranchera le diagnostic en mettant en évidence la bactériodie de DAVAINE.

Ce n'est pas dans les localisations typiques des furoncles médio-faciaux que certains diagnostics pourraient encore être envisagés. Nous ne citerons que pour mémoire la dacryocystite et le furoncle de l'angle interne de l'œil.

A la période d'état, le véritable diagnostic ne se borne pas à discuter la nature de la lésion, mais il consiste réellement dans l'appréciation de l'état général du mala-

de, de la résistance globale de l'organisme. On ne saurait se lasser de répéter que chez tout malade atteint de furoncle il faut faire un examen somatique complet. Il faut rechercher des tares latentes, tâcher d'explorer la valeur du foie, des reins et surtout examiner systématiquement les urines pour décèler un diabète léger, méconnu, qui peut toutefois être à l'origine des complications redoutables.

C'est aussi à cette période d'état que se pose le diagnostic des complications. Il faudra savoir différencier un œdème local étendu, d'un début de phlébite de l'angulaire. Devant une ascension thermique, il faudra établir la part de la lésion locale et la part de l'envahissement de l'économie par le germe. De même devant un tableau clinique d'infection générale, on pourra se demander s'il s'agit d'une septicémie franche, ou d'un abcès métastatique, nous avons nommé le phlegmon périnéphrétique. Dans les deux cas, en effet, il s'agit d'un malade qui a de la fièvre, qui ne présente pas des signes manifestes de la localisation, et chez lequel les hémocultures élimineront la septicémie. L'examen des urines (BERGERET) (bactériémie pure) et l'exploration des zones lombaires permettront de décèler un phlegmon périnéphrétique à sa période de début.

Traitement

En parcourant la littérature qui expose les moyens thérapeutiques et les résultats, en considérant d'autre part notre expérience personnelle, une impression fort nette se dégage :

1) Tout traitement offensant dirigé *in situ* contre la lésion augmente fortement les chances de complications graves.

2) Tout traitement offensant *in situ* contre la lésion qui a provoqué la complication phlébitique et septicémique n'atténue en rien la gravité de la complication et exacerbe plutôt la lésion locale génératrice du désastre.

Ainsi donc, avant d'entreprendre l'exposé critique des différents traitements, nous reconnaissons que la thérapeutique exclusivement médicale doit exclure les manœuvres chirurgicales.

Dans le cas particulier on a proposé et appliqué les traitements classiques des furoncles des autres régions.

Si l'on considère successivement, on arrive aux conclusions suivantes :

Ce que l'on peut faire

L'attouchement à l'iode peut être tenté dans les cas rarissimes où l'on a la chance de voir une lésion dans ses vingt-quatre ou trente-six premières heures. Même dans ces cas exceptionnels, cette thérapeutique n'est pas abortive dans tous les cas.

Les pansements humides calment la douleur lancinante. Cela est un fait certain, mais il est beaucoup moins sûr que ces pansements humides abrègent l'évolution du furoncle et hâtent sa maturation. Ces pansements présentent aussi des inconvénients :

La macération des téguments est habituelle et même appliqués avec des soins minutieux, additionnés de solutions faiblement antiseptiques, l'acide borique par exemple, ils favorisent l'essaimage local du furoncle. Tout compte fait, si les pansements humides agissent sur l'élément douleur et donc sur le psychisme des malades, leurs inconvénients peuvent paraître supérieurs à leurs avantages.

Par contre, les pulvérisations chaudes à *la marmite de LUCAS-CHAPIONNIÈRE*, pulvérisations teintées d'un antiseptique léger, ont l'avantage de procurer une sédation rapide et durable de l'élément douleur.

Le bactériophage a été proposé sous forme de bouillons-pansements et sous forme d'injections péri-focales et intra-focales.

Sous forme de bouillons-pansements, il est sûr qu'il n'est pas nuisible. Son utilité peut être discutée et le nombre de cas d'évolution rapidement heureuse que l'on met à son actif est à peu de choses près comparable au nombre des cas qui évoluent spontanément vers la guérison rapide. Il ne faut jamais perdre de vue que ces cas existent. Ils sont même assez fréquents, mais ne sont pas publiés car

considérés comme sans intérêt. Ce silence fausse les statistiques et les rend involontairement tendancieuses malgré l'honnêteté toujours certaine de leurs auteurs.

Sous forme d'injections intra ou péri-focales, la question du bactériographe prend un tout autre aspect. On cite nombre de guérisons quasi-miraculeuses. Ces guérisons ne sont pas suspectes. Malheureusement ces guérisons ne surviennent pas dans tous les cas.

Ce qu'il ne faut pas faire

— *Pas d'incision du furoncle.*

— *Pas de galvano-cautérisation du furoncle.*

— *Pas de manœuvres d'expression du furoncle.*

Tous les cas observés en quelques années, par mon maître, le professeur TERRACOL et suivis d'accidents mortels (sept cas) ou les cas qui ont finalement guéri après des infections graves, avaient tous subi des manœuvres non pas seulement intempestives, mais coupables. *Il faut être nettement catégorique sur ce point et ne pas se lasser de le répéter.*

Toutes ces manœuvres favorisent l'essaimage microbien. En présence d'un furoncle du nez, ou de la région dangereuse, le traitement doit être le suivant :

a) Si le furoncle est petit, peu étendu, peu douloureux, et sans élévation thermique accentuée :

— injection de stock-vaccin antistaphylococcique après avoir analysé les urines et en suivant la posologie croissante habituelle ;

— pulvérisation avec la marmite de Lucas-Championnière ;

— pansements alcoolisés ou tampons imbibés d'alcool boriqué et renouvelés.

b) Si le furoncle est plus étendu, douloureux avec élévation thermique notable :

- Injection de propidon ;
- Pulvérisations et pansements alcoolisés.

En principe, tous ces malades devraient être hospitalisés, mis au lit et soumis à une surveillance rigoureuse.

Enfin, et pour ne pas alourdir le travail, nous ne ferons que les énumérer, le traitement variera selon les circonstances et selon la chronicité (insuline, auto-vaccin, auto-hémothérapie, etc...). Nous n'envisagerons surtout que le traitement d'urgence du furoncle.

Le Traitement Moderne

LA ROENTGENTHERAPIE

Dans des anciens travaux, PUSEY, ORMSBY, avaient signalé l'efficacité des rayons X dans le traitement du furoncle.

Récemment BAENSCH, de Leipzig, dans un article, compare les résultats obtenus dans 206 cas de furoncles de la face ; 103 avaient été traités par les méthodes habituelles médico-chirurgicales, les 103 autres par la roentgenthérapie. Dans le premier groupe de ces cas la mortalité a été de 10,7 p. 100 environ, dans le deuxième groupe de 1,9 p. 100 seulement.

Egalement, B. LE VULL (de Florence) publie les excellents résultats qu'il a obtenus grâce à cette méthode. La guérison a toujours été très rapide même dans le cas où il existait déjà un certain degré de suppuration. Cet auteur insiste sur ce fait que les résultats sont d'autant plus satisfaisants que la thérapeutique est plus précocément mise en œuvre.

HALBAN (Autriche) relate de nombreux cas de guérisons par la roentgenthérapie.

Parmi les auteurs français qui se sont également intéressés à cette thérapeutique, nous citerons les travaux de MM. SOLOMON, FAURE-BEAULIEU, GIBERT, André PLICHET et LE GOFF. Les résultats heureux sont pour ainsi dire constants. Dans trois cas graves, chez des étudiants en médecine, traités sur la demande du professeur TERRACOL, par le professeur LAMARQUE, les résultats ont été rapides.

Il en fut de même dans les cas observés par le professeur agrégé Albéric MARTIN, de la Faculté de médecine de Montréal ; également dans les cas de CARP.

Si nous résumons brièvement les conclusions de ces auteurs nous pouvons écrire :

1° La technique est très variable suivant les auteurs. Les uns préfèrent la radiothérapie profonde, d'autres la radiothérapie moyennement pénétrante ou même superficielle.

Le même éclectisme existe pour la question des filtres. Alors que certains travaillent avec une forte filtration de métal lourd, d'autres utilisent les rayons X à feu nu.

La question la plus importante paraît être celle de la dose. L'emploi de faibles doses est recommandée, sans que l'on puisse d'ailleurs fixer encore un chiffre absolu. La vérité paraît être entre 10 et 125 r.

Voici, par exemple, les caractéristiques physiques qui peuvent nous servir de base :

Tension : 180 k.v. Distance : 30 cms.

Filtre : 5 mm. d'aluminium. Dose : 100 r.

Le champ débordera largement la zone inflammatoire. Souvent une seule application suffit, surtout si elle est précoce. Il est bon en général d'en faire une seconde le lendemain ; une deuxième, deux jours après, est rarement nécessaire.

2°) *En ce qui concerne les résultats* : Les réactions sont différentes suivant le stade d'évolution auquel est faite l'irradiation. Au début, le furoncle peut avorter par dessiccation sans suppuration. En général, surtout si l'inflammation date de quelques jours, la suppuration apparaît. Le bourbillon s'élimine avec une étonnante rapidité. L'inflammation régionale disparaît et la cicatrisation survient rapidement. Un fait n'est pas négligeable : la cicatrice est invisible. Nous insisterons sur la sédation rapide des phénomènes douloureux et généraux, parfois après une courte phase d'exacerbation.

3°) *En ce qui concerne le mode d'action* :

Au début, dans leurs premiers travaux, HEIDENHAIN et FRIED attribuaient les résultats favorables obtenus à une réaction générale d'immunisation par augmentation du pouvoir bactéricide du sérum. Il se peut que les modifications physico-chimiques du sang sous l'action des rayons jouent un rôle important dans la régression de l'inflammation, par conséquent que la roentgenthérapie ait une action générale. Mais c'est certainement par un mécanisme local que la roentgenthérapie agit surtout, sans doute, par surexcitation des défenses locales, par mise en liberté des produits de désintégration des leucocytes tués par l'irradiation, par vaso-dilatation locale.

Un point doit être noté : la roentgenthérapie ne possède in-vitro qu'un pouvoir bactéricide très faible ; si on irradie longuement des cultures, elles ne perdent pas leur virulence, comparativement à des souches-témoins ; d'autres éléments, sont nécessaires, éléments qui n'existent que dans l'organisme vivant.

On doit notamment retenir que la pratique simple démontre que la roentgenthérapie agit avec une prédilec-

tion particulière sur l'infection staphylococcique de l'appareil pilo-sébacé.

Enfin, la précocité de l'irradiation est un facteur important ; l'action semble d'autant meilleure que l'infection ne s'est pas généralisée.

En tout cas quelle que soit l'explication, le fait subsiste, la roentgenthérapie à petites doses est actuellement le traitement de choix dans les furoncles médio-faciaux.

D'ailleurs toutes les statistiques le démontrent Hélène SOEST (de Cologne) dans un article récent sur la question paru dans le *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (septembre 1936) après avoir rappelé la mortalité élevée dans l'excision du furoncle de la face, fournit les statistiques suivantes :

A la clinique chirurgicale de Cologne, en 8 ans 339 furoncles de la face ont été observés et grâce au traitement conservateur la mortalité n'a été que de 2,9 p. 100. Alors que les anciennes statistiques donnent : MONIN (15 p. 100 de mortalité) ; NOWICKA (29 p. 100 chez 62 individus) ; KOSIN, 6 morts sur 18 cas soit (33 p. 100) et enfin DITTRICH sur 22 malades atteints de furoncle de la lèvre supérieure, 13 p. 100 des morts après l'incision.

A la clinique de Clairmont où le traitement conservateur est systématiquement appliqué, la proportion des décès n'est que de 5 p. 100.

*
**

Pour en terminer avec les traitements, disons un mot des pommades-vaccins. A défaut de rayons X, c'est le traitement qui, à notre avis, peut nous donner les meilleurs résultats. Après un nettoyage soigneux à l'éther, la région atteinte et son pourtour seront enduits de pommade. La friction sera douce afin d'éviter tout traumatisme. Ces

applications seront bi ou tri-quotidiennes. Il est préférable que le malade garde le lit, son état général se trouvant ainsi dans les meilleures conditions de résistance.

Ce traitement sera poursuivi jusqu'à complète guérison.

La valeur de ce traitement par les antiviruses s'éclaire à la lumière des travaux de BESREDKA sur la vaccination de la porte d'entrée.

Traitement des Complications majeures

Le meilleur traitement est le traitement préventif. Nous ne saurons trop répéter que, en dehors des facteurs qui nous échappent dans la production de ces complications, il est des éléments sur lesquels nous pouvons agir et qui ne doivent jamais être négligés : *ne pas traumatiser le furoncle*, tâcher de limiter l'infection.

Malheureusement, la thérapeutique préventive peut ne pas toujours être appliquée. Dans quelques cas, rares il est vrai, elle est prise en défaut. Devant une thrombo-phlébite caractérisée avec ou sans septicémie vérifiée par les hémocultures, l'attitude à prendre n'est pas toujours extrêmement nette et l'étude minutieuse de chaque cas particulier sera le meilleur guide. Cependant de la considération des publications et des faits, des règles générales peuvent être tirées. Il existe deux groupes de traitements qui, a priori, ne s'excluent pas l'un l'autre, les traitements chirurgicaux, les traitements médicaux.

1°) METHODES INDIRECTES.

Ligature veineuse : ligature de la veine angulaire.

Cette méthode laisse subsister le foyer infectieux initial et d'autre part la circulation veineuse, le tronc principal une fois lié, comporte de nombreuses voies anastomotiques par où l'infection peut continuer à diffuser. Cette méthode est donc seulement complémentaire et elle n'empêche pas l'évolution fatale malgré le cas de guérison publié par SCHAEER.

2°) MÉTHODES DIRECTES.

Les opérations intrafocales : Elles présentent le risque, quand elles sont incomplètes et peut être même dans tous les cas, d'aggraver la septicémie au lieu de la juguler.

Si elles sont incomplètes elles ne font qu'exalter la virulence des germes (PONCET l'avait écrit, il y a longtemps). Mais si elles sont complètes et détruisent les foyers infectieux, elles ne le font qu'au prix d'une décharge sanguine de toxines et de microbes que l'organisme risque de ne pas pouvoir supporter. C'est pourquoi lorsqu'on emploie les méthodes intrafocales, on les associe à des ligatures veineuses ou à un traitement médical intensif.

C'est à l'aggravation manifeste de certaines septicémies par une opération intra-focale qu'il faut attribuer la mauvaise réputation de la chirurgie dans le traitement des infections septicémiques.

Les opérations para-focales : Les opérations para-focales, doivent, lorsqu'elles sont anatomiquement possibles, être préférées aux opérations intra-focales. Par opérations para-focales, il faut entendre l'excision en bloc, l'éradication du foyer infectueux exécutée en passant au large en tissu sain avec le bistouri, lame galvanique ou le bistouri électrique, en évitant l'expression des tissus

infectés et en laissant tout ouvert, sans aucune suture. Cela est réalisable pour les membres, l'amygdale, certains anthrax de la face etc... Quelquefois, il en résulte une mutilation, mais cette mutilation est acceptable lorsqu'il s'agit de sauver la vie. D'autre part, à la face, la chirurgie restauratrice a des possibilités qui ne sont pas négligeables. Ces opérations para-focales risquent moins que les opérations intra-focales de disséminer l'infection. Mais elles présentent tout de même un risque. Elles gagnent donc à être pratiquées sous le couvert d'une ligature veineuse ou d'un traitement médical intensif.

On a proposé aussi la ligature de la veine jugulaire interne, illogique car si elle est la principale voie de drainage elle est loin d'être la seule.

On a proposé encore la mise à plat des sinus thrombosés. Dans ce cas, dont les indications peuvent être discutées dans des éventualités tout à fait particulières et rarissimes, il nous paraît que les dangers de l'intervention sont bien supérieurs aux minces chances de succès qu'elle offre.

Pour conclure au sujet de ces interventions chirurgicales dirigées contre les furoncles médio-faciaux, nous écrivons que la chirurgie a une place indiscutable dans le traitement de septicémies confirmées toutes les fois que leur point de départ réside dans un foyer unique et accessible. Mais l'étude critique des observations et des résultats nous oblige à conclure qu'il existe une hiérarchie dans les moyens d'action de la chirurgie contre les septicémies...

Ces interventions qui se passent au sein même du foyer infectieux sont théoriquement tentantes *mais comportent de graves dangers*. Leurs indications doivent être discutées soigneusement et lorsqu'on se décide à les pratiquer, il faut, si possible les faire précéder d'une ligature veineuse et les associer à une thérapeutique médicale spécifique

intense. *Bien souvent, il faudra leur préférer le traitement médical pur et simple et la sérothérapie locale, ou les injections artérielles lorsque les circonstances anatomiques s'y prêteront.*

Nous ne ferons que citer l'incision d'abcès superficiels qui peuvent apparaître au cours de la thrombo-phlébite ; il s'agit là d'opérations purement palliatives qui ne modifient en rien ni le pronostic, ni l'attitude thérapeutique générale.

Traitement Médical

Il consiste essentiellement dans l'administration de toniques cardiaques et de toniques généraux, (ouabaïne, strychnine, huile camphrée), d'anti-infectieux chimiques ou d'anti-infectieux spécifiques : sérothérapie antistaphylococcique, ou antistreptococcique de Vincent. On peut discuter la voie d'introduction du sérum, voie sous-cutanée ou intramusculaire, voie intraveineuse, soit par doses massives, soit par doses fractionnées ou goutte à goutte.

La vaccinothérapie, soit polyvalente, soit spécifique peut être pratiquée par voie sous-cutanée ou même intraveineuse. Nous ne ferons que citer la thérapeutique de choc.

Il ne faut pas s'illusionner outre mesure. Ces thérapeutiques sont des ressources de la dernière heure dont l'efficacité est pour ainsi dire nulle.

Conclusions

Le furoncle médio-facial, située dans les zones dangereuses (lèvre supérieure, nez, angle interne de l'œil, tiers inférieur du front) est un furoncle grave qui entraîne fréquemment la mort.

Il entraîne fréquemment la mort s'il est traité par des manœuvres intempestives, au premier rang desquelles figure *l'expression digitale*.

*
**

Il ne doit plus être traité par un traitement chirurgical actif en particulier la chirurgie, la galvano-cautérisation etc...

*
**

Le traitement conservateur doit être institué et actuellement *il semble que la roentgenthérapie soit la thérapeutique de choix*.

*
**

Quant aux complications, malgré des cas rarissimes de guérison, elles entraînent pratiquement la mort dans tous les cas.

*
**

Enfin, il est nécessaire de distinguer le « furoncle accident » et le « furoncle maladie » pour agir utilement et *éviter les récides*.

Bibliographie

- SCHULTZ. — Furunculosis im Nacken, meningitis, cerebialis. (*Neurol. Centralblatt*, Leipzig, 1886, V, p. 409-413).
- HARRIS L. I. — Furunculosis as a cause of death, with a case report. (*New-York, Méd. Journal*, 1911, XCIV, p. 984).
- HOFER G. — Ein Fall von intracranieller Phlegmone. Meningitis und allgemeiner Septikopyämie nach Furunkel der Wange. (*Monatschrift f. Ohrenhk.* Berlin, 1916, I, p. 527-530).
- N. BRADBURN. — Carbuncle of the upper lip. (*New Orléans, M. J. et S. J.* 1917, 1918, LXX, p. 314, 318).
- AUVRAY. — Volumineux anthrax de la lèvre inférieure traité par le vaccin du professeur Delbet. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1921, XLVII, p. 255).
- DELBET. — Anthrax de la lèvre supérieure. (*Journal des Praticiens*, N° 23, 22 septembre 1923, p. 616).
- FRIEDMANN M. — Zur Behandlung maligner Gesichtsfurunkel. (*Zentralblatt. f. Chirurgie*, Leipzig, 1923, I, p. 1748).
- GREVE K. — Die Gesichtsfurunkel, in ihren Beziehungen zur Zahnheilkunde. (*Deutsche Monatschrift f. Zahnhk.* Berlin, 1923, XLI, p. 580, 608).
- HOFMANN W. — Ueber Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung. (*Archivs f. klin. in. chir.* Berlin, 1923, 6, p. 51-66).
- RHEDDLIUS E. — Ueber den malignen Oberlippen Furunkel. (*Klinische Wochenschrift*, Berlin, 1923, II, 2348, 2353).
- LAUTMANN. — Furuncle de la lèvre supérieure et vaccinothérapie. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc...* Paris, 1923, XLII, p. 894, 896).

- BERNDT F. — Zur Behandlung von Gesichtsfurunkeln, und Nackenfurunkeln. (*Zentralblatt f. Chir.* Leipzig 1924, LI, p. 2686, 2688).
- DITTRICH R. — Ueber Gesichtsfurunkel. (*Beitrage, z. Klin. Chir.* 1924, CXXXII, p. 671, 679).
- HARRIS. — Furuncle du nez ; septicémie guérie par des injections de mercurochrome. (*The Journal of the American Medical Association*, N° 25, 19 décembre 1925, pages 1967-1968).
- CANON. — Zur Konservativ Behandlung der Furunkel, insbesondere der Gesichtsfurunkel. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1925, LI, p. 951).
- MORIAN R. — Ueber Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung. (*Zeitschrift. f. Chir.*, Leipzig, 1925, CXCIII, p. 45-48).
- JACQUES et VIALLE. — Furuncle de l'aile du nez ; intervention large précoce, mort au septième jour par septicémie staphylococcique. (*Sté de Laryngologie, d'Otol. et de Rhinol. de Paris*, 20 mai 1926).
- DEMEL R., HEINDL A. — Die Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung. (*Deutsche Zeitschrift, f. Chir.* CXCVIII, 1926, p. 379, 386).
- FRIEDMANN M. — Gesichtsfurunkel Behandlung. (*Zentralblatt f. Chir.* Leipzig, 1926, LIII, p. 1240, 1243).
- KRAUSS Fè, SPIKES N. O. — Edematous anthrax of the face resulting, in meningitis. (*Amer. Journ. of Ophtalm.*, Chicago, 1926, 3e série).
- VHEELER W. I. DE C. — The danger of sepsis about the lips. (*Méd. Press. London*, 1926, N° CXXII, p. 300).
- CABOT. — Carbuncle of upper lip, staphylococcus aureus septicemia, case, 13242. (*Boston medical et surg. Journal*, CXCVI, 1927, 16 juin, p. 1009, 1011).
- CADENAT F. M. — Le furoncle de la lèvre supérieure. (*L'Hôpital*, xv, 1927, 1er mai, p. 287).
- SENEQUE I. — Traitement des furoncles de la lèvre supérieure. (*Presse Médicale*, XXXV, 1927, 23 juillet, p. 925-927).
- CHIARI. — Die Behandlung des Lippenfurunkels. (*Die Aearztl. Praxis*, N° 5, 1928).
- MEJIA. — Contribution à l'étude du traitement du furoncle et de l'anthrax des lèvres. (*Thèse de Bordeaux*, 1928-1929).
- HARTMANN. — Furuncle de la lèvre supérieure. (*Journal des Praticiens*, N° 50, 12 décembre 1931).
- LOEWENSTEIN-STIEBOCH. — Traitement par les courtes longueurs d'onde d'un furoncle de la lèvre supérieure, chez un diabétique de 75 ans. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, N° 48, novembre 1931).

- L. DUFOURMENTEL. — Les furoncles de l'aument nasal et de la lèvre supérieure. (*La Pratique Médicale Française*, mars 1933, n° 5).
- C. AUBERTIN et G. SÉE. — Thrombo-phlébite du sinus caverneux avec septicémie staphylococcique, consécutive à un furoncle du nez. (*Bull. et Mém. Sté médicale des Hôpitaux de Paris* 50 : 587-590, mai 7, 1934).
- L. FROUMINE. — Deux cas de furoncle du nez compliqués de thrombose du sinus caverneux avec issue mortelle. (*J. Ousch. Nossovich et Gorlovich Bolez*, Numéros 3-4, 1933. In *Revue d'O.R.L.*, septembre-octobre 1934, N° 8).
- K. KURZ. — Nasal furunculosis followed by thrombosis of turbinates, meningitis and sepsis. (*Beitr. z. Anat. Physiol. Path. u Therap. d. Ohres* 31 : 130-139, 1934).
- Maurice BREMOND et A. APPAIX. — Un cas de furoncle de la lèvre inférieure avec abcès cérébral métastasique. (*Communication faite à la Société de Chirurgie de Marseille, séance du 23 juillet 1934*, In *Bulletins et mémoires de la société de Chirurgie de Marseille*, 1934, N° 7, juillet p. 319).
- LIBERSON M. — *Thèse de Paris* 1934.
- FAURE-BEAULIEU, P. GIBERT, I. SOLOMON. — La roentgenthérapie des furoncles de la lèvre supérieure. (*Journal de Médecine de Paris*, N° 39, 27 septembre 1934).
- FAURE-BEAULIEU, P. GIBERT, I. SOLOMON. — La roentgenthérapie des furoncles de la lèvre supérieure. (*Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Séance du 1er Juin 1934*, N° 23, 9 juillet 1934).
- Talic ROSEN. — Contribution à la thérapeutique du furoncle de la lèvre supérieure. Son traitement par le bactériophage. (*Thèse de Paris*, 1934).
- TERRACOL. — Les maladies des fosses nasales. 1 volume de 400 pages. *Masson et Cie, éditeurs*, Paris 1936.
-

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

Les Furoncles Médio-Faciaux.
Complications et Traitement.
par M. Jean BALESTIE

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier le 16 mars 1937

Le Professeur,
TERRACOL.

Vu :

Montpellier, le 17 mars 1937.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 18 mars 1937.

Le Recteur,

Pour le Recteur,
Le Doyen Délégué:
ASTRUC.

